

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 66

DES

Opérations Utérines et Juxta Utérines

PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gérard BORDERIES

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Saix (Tarn), le 13 novembre 1876



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, RUE STELLA, 3

—
1900

DES
Opérations Utérines et Juxta Utérines
PENDANT LA GROSSESSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 66

DES

Opérations Utérines et Juxta Utérines

PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gérard BORDERIES

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Saix (Tarn), le 13 novembre 1876



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, rue Stella, 3

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	X.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Physique médicale	GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique	GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.	PIERRET.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	FLORENCE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE,
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVE-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, *Président* ; M. POLLOSSON A., *Assesseur* ;
MM. CONDAMIN et DURAND, *Agrégés*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAROYENNE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAMIN

MEIS ET AMICIS

Depuis un peu plus de quatre ans que notre père fut enlevé à notre affection, nous avons cherché dans l'étude de la médecine à réaliser nous-même ce rêve qu'il avait formé pour lui. Arrivé maintenant au seuil de notre carrière médicale, c'est vers notre père que va notre pensée; vers lui dont le souvenir est resté toujours présent, qui nous a laissé l'exemple d'une vie de dévouement et d'honneur. C'est à lui que nous dédions ce travail inaugural comme suprême hommage.

Nous devons ici remercier Monsieur le Professeur Laroyenne du grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse. Pendant près d'une année, nous avons suivi les savantes leçons de ce Maître, et nous sommes fier d'appartenir à son école.

Monsieur le Professeur agrégé Condamine a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail. C'est avec une vive gratitude que nous le remercions de cette dernière marque de bienveillance après toutes celles qu'il nous a données pendant notre stage de gynécologie.

Merci à Monsieur le Médecin principal Annequin de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. Nous n'oublie-

rons jamais surtout les bons soins qu'ils nous a donnés pendant un séjour que nous fîmes à l'hôpital militaire Desgenettes.

Merci, enfin, à nos vrais amis, dont le cœur nous est resté fidèle pendant nos trois années d'école. Qu'ils veuillent bien se reconnaître ici, et accepter le témoignage de notre gratitude.

INTRODUCTION

Historique des interventions pendant la grossesse

Il est une notion plus généralement répandue qu'exacte, que l'utérus, si peu sensible à l'état de vacuité, acquiert dans l'état de grossesse une excitabilité extrêmement prononcée ; aussi, pendant bien longtemps, depuis la renaissance chirurgicale, l'utérus était resté un *noli me tangere* pour tout opérateur consciencieux. Il est vrai que, avant la découverte de l'anesthésie et de l'antisepsie, les accidents qui accompagnaient toute intervention sérieuse sur une femme enceinte étaient suffisants pour produire l'avortement. L'anathème était prononcé contre l'audacieux qui osait faire affronter à

une femme enceinte ces dangers, dont le moindre était l'infection.

D'un autre côté, provoquer l'avortement était un crime stigmatisé par les diverses sociétés savantes de l'Europe, et on se souvient encore de ces longues discussions qui, au commencement du siècle, partagèrent les accoucheurs entre Ashwell et Ingleby.

Quant aux opérations, même d'urgence, pendant la grossesse, on n'en parlait même pas. Il fallait attendre le terme douteux d'une grossesse pénible et douloureuse. Alors seulement on intervenait par la version ou l'application des forceps, avec, pour seule ressource, l'opération césarienne, si ces manœuvres ne donnaient pas de résultat.

C'est seulement en 1876, grâce à la méthode antiseptique de Lister, que naquit la chirurgie obstétricale. Désormais on ose intervenir. Des opérations nouvelles se créent. On ne craint plus de toucher à ce péritoine, dont le seul contact était auparavant un arrêt de mort. Les gynécologues se livrent à des opérations de plus en plus radicales; de sorte que, au moment où se pose la question de l'intervention pendant la grossesse, les chirurgiens, las de voir mourir les malades sans pouvoir les secourir, ainsi qu'il arrivait trop souvent avec les anciennes méthodes, essayent de les sauver en opérant, et deviennent de plus en plus interventionnistes. Tellement interventionnistes que, dans une grossesse compliquée de tumeur, ils n'hésitent pas à supprimer à la fois tumeur et grossesse. En 1876, Porro pratique l'hystérectomie partielle, aussitôt répétée pour la première fois en France par Fochier, de Lyon, le 2 février 1879,

avec un succès complet pour la mère et pour l'enfant. En 1879, Bischoff tente l'ablation de l'utérus en entier. Bien d'autres les suivent dans cette voie.

En 1885, Hegar et Kaltenbach (1) résument la question relativement aux interventions pour kystes de l'ovaire, durant le cours de la grossesse. Ils sont partisans d'une simple ponction du kyste, s'appuyant sur un grand nombre de faits relatés par Spencer Wells (2).

En 1886, dans sa thèse d'agrégation sur la grossesse compliquée de kyste ovarique, Remy reprend la discussion et constate que, dans un quart des cas, la ponction a été suivie d'avortement et parfois de mort. Il montre que l'ovariotomie, pendant la grossesse, donne une mortalité notable : 19,4 0/0 pour la mère et 50 0/0 de mortalité pour l'enfant.

Ces résultats peu encourageants tiennent vraisemblablement à ce que, dans la période antérieure à 1885 ou 1886, on n'intervenait pendant la grossesse que pour des cas graves, et que, le plus souvent, on attendait beaucoup trop pour opérer ; de sorte que, au traumatisme chirurgical, venait s'ajouter un état général mauvais, porte ouverte à toutes les complications.

En effet, à mesure que se généralise la pratique des opérations pendant la grossesse, les statistiques s'améliorent.

Schrøeder, en 1886 (3), ne regarde pas la grossesse comme une contre-indication des interventions. Sur

(1) *Trait. de Gynécol.* — Trad. de la 2^e édition.

(2) *London diseases of ovaries.*

(3) *Maladies des org. gén. de la femme*, p. 434.

douze cas qu'il rapporte d'opérations durant la grossesse, il a sauvé neuf enfants sans perdre de femme.

Depuis, les faits se sont succédés avec une égale éloquence. Monod (1), Angelini (2), Richardson (3), ajoutent leurs succès aux cas heureux déjà cités.

En 1892, Dsirne (4) fait un résumé de la question et ne cite pas moins de cent trente-cinq cas d'ovariotomie au cours de la grossesse. Enfin, en 1899, Hurel (5), dans une thèse faite dans le service de M. le professeur Laroyenne et inspirée par M. le professeur agrégé Condamin, n'hésite pas à conclure non seulement que le pronostic de l'ovariotomie n'est pas plus grave pendant la grossesse, mais que encore, pendant toute la durée de celle-ci, même au dernier mois, le seul traitement rationnel des kystes de l'ovaire doit être l'ovariotomie. Plus récemment encore, Bovée (6) a recueilli trente-huit observations de double ablation des annexes pendant la grossesse. Sur ces trente-huit cas, trente-sept femmes ont guéri, -et, chez un grand nombre, la gestation n'a pas été troublée.

La question est donc définitivement tranchée pour les interventions, pendant la grossesse, sur les trompes et les ovaires.

Mais les auteurs sont brefs, en général, sur les opérations utérines proprement dites pendant la grossesse.

(1) Société de chirurgie, 1888.

(2) Bologne, 1889. — 6^e Congrès de la Société italienne de chirurgie.

(3) *Boston Soc. for. medical improvement*, 1889.

(4) *Semaine médic.*, 1892, p. 500.

(5) Thèse de Lyon. — *Kystes de l'ovaire et grossesse*.

(6) *Americ. Journ. of obstétric.*, fév. 1900.

Les chirurgiens n'osent pas opérer. Les observations sont rares, et la conduite à suivre, difficile à arrêter. Or, puisque ces interventions au voisinage de l'utérus ont donné d'aussi beaux résultats, ne peut-on être plus hardi encore et oser atteindre directement cet utérus même, en état de grossesse?

CHAPITRE PREMIER

Diverses interventions sur l'utérus pendant la grossesse

La question d'intervention pendant la grossesse se pose, en effet, dans certains cas de cancer du col, d'affection du ligament large ou de tumeur du corps même de l'utérus, telles que des myomes ou des fibromes. Ce sont ces dernières tumeurs qui donnent lieu au plus grand nombre d'interventions.

Les fibromes de l'utérus sont extrêmement fréquents, puisque d'après nos classiques, un cinquième des femmes en présenterait après l'âge de 35 ans. Leur rôle, au point de vue de la stérilité est assurément très obscur ; mais s'il est indéniable que les femmes qui en sont atteintes ont moins d'enfants, il n'en est pas moins cer-

tain qu'un grand nombre d'entre elles peuvent devenir enceintes.

Or, on sait le danger qu'il y a pour une femme atteinte de fibromes à devenir enceinte. La gravidité active généralement l'accroissement de tumeurs utérines. Dans beaucoup de cas, il arrive un moment où la compression des organes abdominaux thoraciques devient telle que le chirurgien se voit forcé de provoquer l'avortement ou d'enlever la tumeur.

Parfois, il est vrai, le fibrome se ramollit pendant la grossesse, se laisse aplatis, si bien que le fœtus se développe, arrive à terme, et que l'accouchement se fait sans accidents.

Mais, malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi (1). Les fibromes siégeant sur le segment inférieur de l'utérus peuvent s'enclaver dans le petit bassin, et rétrécir tellement le passage que l'accouchement ne se fera qu'au prix d'une opération obstétricale assez grave dans laquelle il faudra presque toujours sacrifier l'enfant.

D'autres fois, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, l'utérus gêné dans son involution ne peut se développer suffisamment et un avortement a lieu : avortement toujours dangereux, car dans ces cas on observe de fortes hémorragies ; et si le placenta est inséré dans la région du fibrome, cette hémorragie est presque toujours mortelle.

Les auteurs donnent fort peu d'indications sur la

(1) Routier. *Ann. de gyn.* N° 33, p. 160.

conduite à suivre en pareil cas: Charpentier (1), Au-
vard (2), Labadie-Lagrave et Legueu (3), Boiffin (4),
etc... étudient bien comme Gusserow (5), Spencer
Wells (6) les rapports réciproques des fibromes et de la
grossesse, mais ces auteurs insistent peu sur les indi-
cations des divers traitements.

Un des travaux les plus récents à ce sujet est une
communication de Kieffer à la Société obstétricale de
France (7). Il y envisage très soigneusement les différentes
éventualités auxquelles peut donner lieu la complication
de la grossesse par des fibromes: risques d'avortement,
d'hémorragie, d'accouchement prématuré, de positions
vicieuses de l'enfant, de placenta prævia, etc., etc.

Ce n'est pas ici le cas d'étudier l'influence de la
grossesse sur les fibromes ou inversement. Cependant
on peut prévoir déjà la nécessité opératoire qui résultera
de chacune de ces complications et l'embarras dans
lequel se trouve parfois le chirurgien.

Attendre, c'est compromettre la mère et souvent
même l'enfant.

De plus, les statistiques de Lefour (1), de Tarnier,
de Süsserott montrent la gravité de l'accouchement en
pareil cas, même lorsqu'il a été facilité par le forceps ou
la version.

(1) *Traité d'accouchements.*

(2) *Traité de gynécologies.*

(3) *Traité médico-chir. de gyn.*

(4) *Tumeurs fibreuses de l'utérus.*

(5) *Deutsche Chirurgie.*

(6) *Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus.*

(7) Session tenue du 22 au 24 avril 1897.

Dans beaucoup de cas il faut donc agir. Mais pour fixer la conduite à suivre, la première difficulté pratique est de discerner les cas entre eux et de savoir poser les indications de telle ou telle intervention. Ainsi que le dit Delagenière : « deux existences sont en jeu ; la sagacité du médecin ne saurait être trop grande. »

D'un côté, pratiquer *l'accouchement prématuré* c'est compromettre l'enfant sans toujours sauver la mère. De plus, ainsi que le fait remarquer Delagenière (2), la pratique de l'avortement ou de l'accouchement prématuré n'a pas donné les résultats qu'en pouvait en attendre. D'après Pozzi (3) sur 147 cas réunis par Süsserott, il y aurait eu une mortalité de 53 % pour la mère, et de 56 % pour les enfants. Ces chiffres sont assurément exagérés, car les observations dont il s'agit sont antérieures à l'ère antiseptique. Néanmoins cette statistique de Süsserott, même modifiée et améliorée, reste écrasante pour la méthode de l'avortement.

Du reste, une statistique toute récente (1895) de Kirscheimer relatée par Kelly, accuse une mortalité de 40 % pour la mère dans l'avortement ou l'accouchement provoqué.

Ce mode d'intervention est donc considérablement plus grave pour la mère et pour l'enfant que les opérations radicales, telles que les opérations de Porro et l'hystérectomie totale, qui à première vue pourraient paraître

(1) *Soc. obst. et gyn.* de Bordeaux, 12 juillet 1892.

(2) *Archiv. provinc. de chirurgie.*

(3) Pozzi, *loco citato.*

plus sérieuses. On doit donc renoncer à cette méthode et la bannir absolument (Delagenière).

Il vaut donc mieux opérer. Mais comment et quand ? Attendre le travail ou opérer pendant la grossesse ?

Il est certain que parfois les tumeurs, après avoir semblé pendant longtemps devoir rendre l'accouchement impossible, se désenclavent d'elles-mêmes, changent de place au début du travail, si bien que celui-ci peut s'accomplir normalement. Le cas le plus remarquable de ce genre a été cité par Budin à la Société d'obstétrique de Paris. Celui-ci raconte l'histoire d'une jeune fille enceinte, dont l'accouchement paraissait impossible, à tel point qu'on allait pratiquer l'opération césarienne. Or, dans les dernières semaines de la gestation, les fibromes s'élevèrent, gagnèrent le détroit supérieur, et l'accouchement fut spontané.

Mais il est des cas où, lorsque les tumeurs trompent l'espérance du chirurgien et ne peuvent être refoulées vers la cavité abdominale, on est obligé de recourir à une intervention plus grave : *l'opération césarienne*.

C'est encore un des résultats néfastes de l'expectative. Le refoulement de la tumeur resté longtemps facile durant la grossesse, devient subitement impossible, car le fœtus obstrue par lui-même le détroit supérieur. On est alors obligé d'opérer d'urgence. Mais comme le font remarquer Hegar et Kaltenbach (1), l'opération césarienne faite dans ces conditions ne donne pas de brillants résultats. En effet, dans les vingt-huit opérations réu-

(1) *Loco citato*.

nies par Cazin (1), où il s'agissait de tumeurs enclavées dans le petit bassin, on ne compte que quatre succès.

Enfin, on a eu recours, dans certains cas, aux moyens extrêmes : la suppression à la fois de l'utérus et de la grossesse. Deux grandes méthodes se sont partagé la faveur des chirurgiens : l'hystérectomie vaginale par morcellement et l'extirpation en bloc par l'abdomen. Il ne convient pas de discuter ici la valeur relative de ces diverses interventions ; mais le résultat final est toujours grave. Outre qu'il n'est pas toujours commode d'opérer sur un utérus gravide dont la vascularisation intense offre à la fois une difficulté opératoire et une plus grande chance d'infection, on hésite parfois à opérer chez une jeune femme et à supprimer chez elle et la grossesse actuelle et toute chance ultérieure de devenir enceinte.

Aussi, sans vouloir discuter ici à fond les diverses interventions radicales pendant la grossesse, telles que les diverses méthodes d'hystérectomie, tout en reconnaissant que, dans beaucoup de cas, on est obligé d'y avoir recours, nous avons voulu cependant attirer l'attention sur les interventions partielles durant la grossesse. Hurel (2) a déjà démontré que pour les kystes de l'ovaire on pouvait opérer, sans de trop grandes chances d'interrompre la gestation. De même on peut intervenir sur l'utérus lui-même. C'est ce que nous allons essayer de prouver en passant en revue les diverses circonstances où les chirurgiens sont déjà intervenus.

(1) *Archiv. de tocol.*, III, p. 321.

(2) *Loco citato*.

CHAPITRE II

Interventions dans les cas de fibro-myomes avec conservation de la grossesse.

Les premiers auteurs qui nous ont fourni des observations de ce genre, comme Péan, Schröder, etc., avaient décidé l'intervention ou bien en désespoir de cause, ou bien ignorant l'existence même de la grossesse. Aussi ceux qui parmi eux ont vu l'état puerpéral n'être aucunement troublé, ont considéré la chose avec étonnement et comme des faits exceptionnels. Or, la suite a montré que ces faits de conservation de grossesse ne sont pas aussi exceptionnels qu'on le croit généralement. Et il importe de bien faire remarquer que dans beaucoup de cas où le chirurgien est resté dans une expectative dangereuse par crainte d'interrompre le

cours de la gestation, il aurait pu intervenir sans courir de grands risques d'avortement.

Si chez certaines femmes, en effet, l'utérus acquiert en état de grossesse une sensibilité tellement exagérée que la moindre fatigue est une cause d'avortement, dans beaucoup d'autres cas, la femme enceinte n'est plus l'être organisé soumis aux influences d'ordre psychique qui sont d'autant plus multipliées que le milieu où elle vit est plus civilisé. Pendant ces quelques mois d'une telle gestation, elle n'est, en réalité, que l'animal chez lequel un des organes, l'utérus, accomplit régulièrement l'une de ses fonctions naturelles. Aussi les observations ne sont pas très rares de cas où on a pu intervenir sur un utérus atteint de fibro-myomes, sans interrompre le cours d'une grossesse évoluant en même temps.

OBSERVATION I

(*Cliniques de chirurgie*, t. I, p. 679.)

Le 15 décembre 1874, PÉAN le premier tente d'intervenir chez une femme enceinte de 5 mois pour une tumeur fibrokystique de l'utérus. La malade guérit, mais il y eut avortement le lendemain même de l'opération.

Mais après Péan, les méthodes chirurgicales se perfectionnent et bientôt les revers font place aux succès.

OBSERVATION II

SCHRÖDER, le 16 novembre 1879 (cité par Hegar, — *Operative Gynák*, 3^e édit.), enlève des tumeurs pédiculées mul-

tiples de l'utérus chez une femme enceinte de 16 semaines. La femme guérit et accoucha normalement au neuvième mois.

OBSERVATION III

STUDGAARD, le 19 décembre 1882 (cité par Hegar), enlève une tumeur pédiculée incluse dans le ligament large, au quatrième mois de la grossesse. Il eut une guérison et la grossesse continua son cours normal.

OBSERVATION IV

FROMMEL (*Münch. med. Woch.*, 1882, n° 52) rapporte qu'il a pu enlever un fibrome mou de l'utérus chez une femme enceinte et qu'il a eu un égal succès pour la mère et pour l'enfant.

OBSERVATION V

LANDAU (*Berlin. Klin. Woch.*, 1885, n° 13, p. 195) eut à opérer une femme enceinte de 3 mois, chez laquelle une volumineuse tumeur utérine rendait le cours de la grossesse extrêmement pénible. Il se trouva en présence de deux myomes, chacun de la grosseur d'une tête d'enfant, qui se laissèrent difficilement enlever. Malgré cela, la malade guérit et eut dans la suite un accouchement à terme.

OBSERVATION VI

LANGNER (1886, cité par Routie) cite un cas intéressant. Une femme de 43 ans, primipare, lui fut amenée pour un fibrome de l'utérus qui occasionnait des troubles graves

avec avortement imminent. Langner fit une laparotomie et enleva le fibrome seul. La patiente guérit et accoucha à terme d'un enfant vivant.

OBSERVATION VII

ROUTIER (*Ann. de gyn.*, n° 33, p. 160).

Mme P..., âgée de 37 ans, se présentait le 5 novembre 1889 à l'hôpital Laënnec, se plaignant d'éprouver de vives douleurs dans le ventre depuis une quinzaine de jours environ.

Ces douleurs, survenues tout d'un coup, ne faisaient qu'augmenter et rendaient la station debout intenable.

Son ventre, disait-elle, avait brusquement grossi le jour de l'apparition des douleurs.

Il nous fut facile de constater que l'abdomen était très irrégulièrement soulevé du pubis à l'épigastre par une grosse tumeur dure, bosselée, irrégulière, mate à la percussion, donnant toute la sensation d'un fibrome. Les deux flancs étaient sonores : cependant, à droite, couchée le long de l'arcade crurale et la débordant à peine, existait une masse molle, pseudo-fluctuante, du volume du poing environ, séparée nettement par un sillon de la grosse tumeur fibreuse.

Celle-ci était légèrement mobile dans le sens transversal, mais il était impossible de la faire monter ou descendre comme si ses deux extrémités avaient porté sur le pubis, d'une part, dans la concavité du diaphragme de l'autre.

Cette femme, toujours bien portante, n'avait eu qu'une maladie dans sa vie : une métrorrhagie assez abondante avec caillots, survenue il y a 10 ans environ, et qui, d'après le récit de la malade, nous fit l'effet de ressembler à une fausse couche.

Depuis, ses règles étaient bien revenues périodiquement et sans trop d'abondance ; en ce moment, elles étaient suspendues depuis 3 mois. La malade pensait qu'elle pouvait être enceinte.

Elle savait, en outre, qu'elle avait depuis 6 ans, dans la fosse iliaque gauche, une grosseur du volume d'un œuf, très

mobile, et qu'elle déplaçait très facilement sans douleur. Elle ne s'expliquait pas autrement ce changement brusque du volume de son ventre.

Le toucher vaginal permit de constater que le col était légèrement mobile. Le gros fibrome vertical n'était pas influencé par les manœuvres de mobilisation du col, mais il me parut que cette tuméfaction molle, cachée dans la fosse iliaque droite, était en continuité absolue avec ce col et pourrait bien être un utérus gravide aplati par le fibrome.

Il nous fut impossible de percevoir au niveau de ce qui nous semblait être l'utérus, soit des mouvements actifs, soit des mouvements passifs, soit les bruits du cœur d'un fœtus, ce qui, vu l'âge présumé de la grossesse, n'était pas surprenant.

Malgré cela, je restais convaincu que cette femme était enceinte et que cette grossesse était fortement gênée dans son évolution par le volume du fibrome. Cette femme souffrant beaucoup, nous étions très certainement à la veille d'accidents, dont le moindre pouvait être un avortement avec, comme il est à peu près de règle en pareil cas, une hémorragie formidable à redouter.

C'est ce qui me détermina à agir.

Le 9 novembre, je pratiquai la laparotomie ; il s'agissait, en effet, d'un gros fibrome inséré par son hile sur le fond de l'utérus, et reposant par ses deux extrémités, d'une part sur le pubis, et d'autre part, sur le diaphragme. L'utérus était bien en état de gravidité.

Le pédicule de ce fibrome était plus gros que le poing. Je l'enserrai d'un fil élastique et coupai la tumeur au-dessus de ce pédicule artificiel. La masse pesait 2.415 grammes et mesurait 27 × 17 centimètres. Je replaçai l'utérus sur la ligne médiane en l'abandonnant dans la cavité péritonéale.

Les suites ont été des plus simples : le premier jour, il y eut sans douleurs quelques pertes rosées par le vagin, qui furent arrêtées par des injections chaudes de naphthol.

Actuellement (mars 1890), la malade est complètement guérie et on entend les bruits du cœur du fœtus.

OBSERVATION VIII

TERRIER PINARD (thèse de Zaborowski), 18 novembre 1890.

Jeanne C..., 33 ans, enceinte de 4 mois 1/2, atteinte de fibrome à évolution rapide. Depuis le début de sa grossesse elle éprouvait de violentes douleurs, des nausées et des vomissements. Le 18 novembre 1890, ablation, par M. Terrier, d'un gros fibrome pédiculé pesant 3 kil. 500 gr., ablation d'un autre petit fibrome. Un troisième est laissé intact. Un peu d'ascite. Le pédicule mesurait 4 centimètres de diamètre.

Suites très simples; sauf une phlébite du membre inférieur droit pendant une quinzaine de jours.

Le 14 décembre, la malade quitte le service complètement guérie.

Le 5 mars, accouchement normal. Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION IX

ROSTHORN (Société des méd. all. de Prague, 1892, et *Bull. méd.*, p. 731).

Multipare de 39 ans. Tumeur abdominale depuis 3 ans avec métrorrhagies. Laparotomie; ablation d'un fibro-myome de 4 kil. 750 gr. Grossesse de 3 mois non soupçonnée qui a continué son cours.

OBSERVATION X

ROSTHORN (*ibid*).

Femme de 32 ans; phénomènes péritonéaux, grossesse de 3 mois et tumeur péri-utérine. Laparotomie; myome uni à la corne utérine droite par un pédicule tordu une fois et demie sur lui-même. La grossesse continue à évoluer sans incidents.

OBSERVATION XI

N. FLAISCHLEN (*Ann. de gyn.*, 1892).

Primipare de 31 ans, grossesse de 3 mois, tumeur située à gauche et en arrière de l'utérus, arrondie, du volume d'une tête d'enfant, dure, mobile, reliée très manifestement par un pédicule à l'utérus.

Le diagnostic reste hésitant entre une tumeur utérine et une tumeur solide de l'ovaire. Après examen sous le chloroforme on s'arrête à ce dernier diagnostic.

Laparotomie à 3 mois 1/2. On trouve deux fibromes : l'un, le plus volumineux, est relié à la face postérieure de la corne gauche de l'utérus par un long pédicule, l'autre a une base large et est implantée à gauche et en avant sur l'utérus.

Ligature et ablation du premier; le deuxième est énucléé, sa cavité suturée au catgut et le péritoine fermé à la soie fixe.

La grossesse arrive à terme. Accouchement d'un enfant vivant.

OBSERVATION XII

DEL BET (*Ann. de Gyn.*, 1892).

Femme de 31 ans, enceinte de 4 mois 1/2, entre à la Charité, le 5 novembre 1891, dans le service du docteur Duplay.

Deux mois avant, elle avait constaté au voisinage de son épine iliaque antéro-supérieure droite, une petite tumeur, arrondie, indolente et très mobile. La tumeur s'était accrue assez rapidement en conservant les mêmes caractères. Vers la fin d'octobre, elle devint douloureuse.

A l'examen, on constate dans la fosse iliaque et le flanc droit, une tumeur ovoïde, dont le grand axe est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, et dont le point culminant est situé un peu en dedans et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

L'utérus, facile à circonscrire, s'élève jusqu'à quatre travers de doigt de l'ombilic, mais il est très dévié à gauche. On porte le diagnostic de grossesse compliquée de tumeur (sarcome ou fibrome).

Dix jours après, la tumeur ayant sensiblement grossi, M. Duplay décide l'intervention.

L'opération fut faite le 17 novembre 1891. Laparatomie sur l'axe de la tumeur. Liquide ascitique. Tumeur pédiculée reliée à la corne droite de l'utérus. Elle est facilement extirpée.

Suites opératoires insignifiantes. La grossesse continue son évolution normale. Le fœtus est vivant. La malade sort le 22 décembre.

OBSERVATION XIII

AIMÉ GUINARD (séance du 7 avril 1893 du Congrès français de chirurgie) (*Ann. de Gyn.*, n° 39, p. 491).

Une malade de 33 ans s'est présentée à l'hôpital Saint-Louis, au troisième mois de sa cinquième grossesse. Trois de ces grossesses se sont passées normalement. Les accouchements ont eu lieu à terme. Les trois enfants sont vivants. Le quatrième a nécessité l'emploi du forceps, l'enfant était mort. Avant la suspension de ses dernières règles, cette malade avait des ménorragies très abondantes et un peu de lencorrhée.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, en août 1892, elle se plaint de douleurs très vives dans le ventre.

L'examen montre deux tumeurs qui semblent distinctes : l'une qui occupe la fosse iliaque gauche, remonte au-dessus de l'ombilic et rappelle par sa rénitence un utérus gravide ; l'autre, qui remplit le petit bassin du côté droit, est dure, lisse, et beaucoup moins mobile. Entre les deux tumeurs, se trouve l'ovaire droit appendu à l'utérus et douloureux au palper.

On porte le diagnostic de corps fibreux tenant au bord droit d'un utérus gravide ; et comme il est aisé, par le toucher vaginal, de s'assurer que l'accouchement par les voie natu-

relles sera impossible, on décide la malade à accepter une opération.

Le 6 septembre, je fais une longue incision sus-pubienne et trouve un corps fibreux du volume d'une tête de fœtus à terme inclus dans le ligament large droit. Après avoir incisé le ligament large, j'énuclée la tumeur et place une solide ligature en chaîne à la soie sur un pédicule peu volumineux. Suture du ligament large en surjet, pas de drainage.

Les suites de cette opération ont été très simples et, quand la malade sortit de l'hôpital, un mois après l'opération, l'utérus gravide avait repris sa position sur la ligne médiane. Elle a accouché sans incident aucun à 7 mois 1/2.

OBSERVATION XIV

Hector TREUB (*Archives de tocologie*, n° 21, p. 806).

Le 26 avril 1893, la femme A..., âgée de 29 ans, fut admise dans ma clinique. Elle a eu un enfant qui a maintenant 11 ans. Grossesse et accouchement normaux. Depuis quelque temps, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre. La menstruation, en général très régulière, avait fait défaut la dernière fois qu'elle était attendue, il y a quelques semaines. Depuis lors, la douleur a augmenté et a pris le caractère de crampes revenant par attaques. En outre, la miction est devenue fréquente et douloureuse. Selles régulières, sans douleurs. Son médecin avait diagnostiqué une tumeur abdominale.

A l'examen sous le chloroforme, on trouve au-dessus de la symphyse une proéminence occasionnée par une tumeur sphérique dure et lisse qui va presque jusqu'à l'ombilic.

Vers les deux côtés, ainsi que vers le haut, on peut facilement délimiter la tumeur qui se perd en bas dans le bassin. En déplaçant fortement à gauche la tumeur très mobile dans tous les sens, on fait apparaître dans la paroi abdominale un pli qui va de l'angle supérieur droit de la tumeur vers le bas et en dehors. En palpant ce pli, on s'aperçoit qu'il est occa-

sionné par une membrane qui se trouve dans l'axe longitudinal du corps, qui relie la tumeur avec la paroi du bassin et qui est fortement tendue dans cette position de la tumeur. A la face postérieure de cette membrane, tout près de la tumeur, se trouve un petit corps mobile en forme de fève, ressemblant, tant par sa forme que par sa longueur, à l'ovaire.

Le toucher montre un col très relevé, un corps agrandi et très mou en sinistroversion. Entre l'utérus et la paroi gauche du bassin, on trouve l'ovaire gauche aplati contre le bassin. Le col étant ensuite attiré au moyen d'une pince tire-balle, je fais la palpation par le rectum. Par ce moyen, je puis m'assurer que la tumeur s'implante par une base large à la partie supérieure du côté droit de l'utérus.

Diagnostic : fibro-myome utérin sous-séreux intra-ligamentaire avec sinistroversion secondaire de l'utérus et déplacement en haut de l'ovaire droit, grossesse dans la sixième ou septième semaine.

Tenant compte tant de l'augmentation des douleurs sous l'influence de la grossesse commençante que de la certitude presque absolue que la tumeur intra-ligamentaire rendrait bientôt impossible une plus grande extension de la matrice, je résolus de faire l'ablation de la tumeur.

Le 6 mai, je fis la laparotomie. La tumeur qui ne présentait pas d'adhérences pouvait facilement être tirée hors du ventre. Le diagnostic se prouva juste. Je fis d'abord une ligature dans la partie supérieure du ligament large droit, latéralement de l'ovaire et je coupai cette partie du ligament. Ensuite une seconde ligature fut appliquée au-dessus de la première, et la partie prise dans la ligature fut coupée, ce qui libéra entièrement la face extérieure de la tumeur. La base de cette tumeur fut prise dans quatre ligatures en chaînette et coupée ensuite à un centimètre au-dessus des ligatures. La plaie ovaire qui en résultait montra une grande quantité de vaisseaux. Une suture à fil de soie en surjet fixa le péritoine au-dessus du moignon et après iodoformisation des moignons, le ventre fut refermé de la manière usuelle.

Le premier jour après l'opération seulement, la malade se plaignait d'accès de douleurs ayant le caractère des douleurs du travail, mais plus ensuite.

La guérison se fit sans encombre. J'ai dû garder la malade plus longtemps que je ne le fais ordinairement dans la clinique à cause d'une fièvre intermittente excessivement tenace qui nécessitait deux grammes de sulfate de quinine par jour pour la vaincre. Le 17 juin, l'opérée quitta la clinique; son utérus avait notablement augmenté de volume. Fin novembre son médecin m'écrivit que la grossesse avait suivi le cours régulier et que la femme avait accouché spontanément d'un enfant bien portant trois semaines avant la fin présumée de la grossesse.

OBSERVATION XV

BECKING (*Archives de Tocologie*, n° 19).

Femme de 36 ans, mariée depuis 9 mois. Premières règles à 16 ans. Menstruation régulière durant 3 ou 4 jours, perte de sang insignifiante.

La malade antérieurement forte et bien portante a beaucoup maigri depuis son mariage.

Dernière règles le 31 mai 1893. Environ au milieu du mois d'août la malade s'apercevait avoir dans la moitié droite du ventre une tumeur qui était un peu sensible à la pression. Quinze jours plus tard, elle fut prise de douleurs aux alentours de la tumeur. Depuis ces douleurs ont augmenté progressivement.

Le 28 octobre, le Dr Becking vit la malade pour la première fois et ne put constater autre chose qu'une tumeur mobile à côté de l'utérus gravide.

Dans un second examen, pendant que la femme était endormie, le diagnostic resta incertain entre un kyste de l'ovaire et un fibro-myome.

Le 29 octobre, le docteur Becking fit la laparotomie. Le ventre étant ouvert, on reconnut un fibro-myome de la gran-

deur des deux poings. Sa jonction avec l'utérus était si large qu'il fallut l'énucléer en entier de son sac. Les premiers jours la malade se plaignit beaucoup de douleurs abdominales. La température ne dépassa pas 37°4. Le 10^e jour, les sutures furent enlevées. Réunion par première intention. La grossesse continua le cours normal jusqu'à la sixième semaine avant le terme probable. A cette époque, elle se termina par la naissance spontanée d'un garçon d'environ 2 kil. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVI

VAUTRIN (Congrès de Chirurgie, 1893).

Femme de 35 ans, enceinte de 3 mois; deux grossesses antérieures, fausse couche en 1890. Tumeur de la paroi postérieure de l'utérus abaissant le cul-de-sac vaginal et comprimant le rectum; vives douleurs, mictions fréquentes et pénibles. Irradiations douloureuses dans les membres inférieurs.

En janvier 1892, extraction par morcellement d'un fibrome gros comme la tête d'un fœtus à terme inséré sur la partie inférieure de l'utérus par un pédicule court mais peu large.

Guérison. Grossesse régulière. Accouchement normal.

OBSERVATIONS XVII ET XVIII

EXERCKE (*Centralblatt f. gyn.*, 1894, n° 24) relate deux cas d'énucléation de fibro-myomes utérins. Dans le premier, l'opération avait pleinement réussi et les suites s'annonçaient normales. Mais plus de quatre semaines après l'intervention la malade fut prise de douleurs et un avortement eut lieu. Exercke ajoute : « L'opération n'est peut-être pas la seule cause de l'avortement. »

Dans le second cas, après une intervention pour tumeur utérine il n'y eut pas d'accident et la grossesse suivit son cours.

OBSERVATION XIX

SNEGUIREFF (*Ann. de gyn.*, mai 1895, n° 43, p. 366).

Mme M. . . , la femme d'un prêtre âgée de 27 ans, entre à la clinique le 27 septembre 1894, se plaignant d'une tumeur au ventre et d'absence des règles. La malade est du gouvernement de Riazan, se trouve dans de bonnes conditions et rien n'indique de tuberculose héréditaire.

Réglée à 16 ans. Mariée à 18 ans, elle a eu 5 enfants; le dernier accouchement remonte à dix mois. Il y a trois ans survint une hémorragie persistant une quinzaine de jours. Depuis les dernières couches les règles ne se sont plus montrées. On n'accorda pas d'importance à cet incident attribué à l'allaitement. Mais depuis deux mois la malade s'est aperçue qu'elle portait une sorte de tumeur à l'aîne droite qui dès lors augmenta de volume. Or, le 20 septembre, c'est-à-dire il y a huit jours elle remarqua dans cette tumeur certains mouvements rappelant ceux d'un fœtus.

A l'examen, on constate que l'abdomen est soulevé en dôme surtout dans sa partie inférieure par une tumeur mate étendue de l'ombilic au pubis. A l'auscultation on entend le bruit net du placenta. Mais une autre tumeur est palpée à trois doigts au-dessus de la symphyse pubienne, un peu à gauche de la ligne médiane. Elle est inégale, bosselée, dure, immobile, et lorsqu'on imprime des mouvements aux deux tumeurs elles se meuvent conjointement.

Les grandes et les petites lèvres ainsi que l'entrée du vagin présentent les signes caractéristiques d'une grossesse. Au toucher on constate que le cul-de-sac antérieur est distendu par la tumeur dure, bosselée et montre une adhérence intime avec la face antérieure de l'utérus et la partie susvaginale du col. La tumeur a le volume d'un poing et demi, elle siège en haut et à gauche et y occupe presque tout le plan d'entrée du petit bassin. Les mouvements qui se communiquent par la tumeur

lors du toucher combiné, sont conjoints. La tumeur inférieure est, pour ainsi dire, enclavée dans le petit bassin et reste immobile. Le ballotement est absent. Les seins bien développés avec coloration des mamelons très accusée donnent une sécrétion laiteuse.

L'état général est bon.

Diagnostic. — Grossesse utérine de 6 mois, et fibro-myome interstitiel sous-séreux.

Intervention. — Laparotomie le 4 octobre. Le fond de l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic. Tumeur bosselée sur sa face antérieure et latérale descendant dans la région du petit bassin entre la vessie et l'utérus se continuant dans l'épaisseur du ligament large, confinant par son bord latéral au ligament rond. Incision faite sur la grande périphérie de la tumeur à travers la masse des tissus utérins et le fibro-myome est extrait. Suture étagée.

La guérison fut exempte de complications. Voici un mois écoulé depuis l'opération et la grossesse continue son cours ordinaire.

OBSERVATION XX

THOMSON D'ODESSA (cité par Tamin, *Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 41, 1896).

Femme de 25 ans, IV pare à terme. Le dernier accouchement, il y a un an, a été prolongé et pénible par suite, comme le croit la malade, de la tumeur qu'elle a vue se développer depuis 3 ans. L'enfant était mort au bout de 2 jours. Les dernières règles il y a 6 semaines.

Dans ces derniers mois, la tumeur a commencé à grossir assez rapidement; la malade éprouve des douleurs dans le ventre et est faible.

Sur le fond de l'utérus on trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant à base assez large; elle est mobile, arrondie, dure et lisse, s'étendant jusqu'au dessus de l'ombilic.

Le 12 janvier, la tumeur a été enlevée.

Le 5 février, la malade a quitté l'hôpital; état général excellent; pas de douleurs dans le fond de l'utérus au-dessus de la symphyse.

Le 3 août, à la suite d'une indigestion, vomissements, diarrhée, douleurs de travail à l'entrée. A l'hôpital, fœtus vivant, position longitudinale, dilatation presque complète, tête très haute, procidence du cordon; réduction, mais l'enfant est mort.

Deux mois après, la malade a été revue en parfait état.

OBSERVATION XXI

OZENNE (*Bull. méd.*, 1896, p. 594).

Mme L..., âgée de 39 ans, entre à l'hôpital dans la dernière semaine de juillet. On constate chez elle la présence d'un polype saillant entre les lèvres du col et d'une tumeur située dans le flanc gauche. On porte le diagnostic de grossesse coïncidant avec le polype.

Quinze jours plus tard, pendant lesquels la tumeur s'était un peu accrue, la malade est prise d'une hémorragie. On fait l'extraction du polype dont le pédicule s'insérait au-delà, à la partie supérieure de la cavité cervicale et du volume d'un œuf de pigeon.

L'ablation faite et l'écoulement de sang ne semblant pas s'arrêter après quelques minutes d'attente, je résolus, quoique avec hésitation, de faire une injection aseptique intra-utérine. Après avoir introduit très doucement une sonde à double courant qui pénétra à une profondeur de 10 à 12 centimètres sans rencontrer la moindre résistance, j'ai fait passer un demi-litre d'eau bouillie boricuée tiède, débarrassant ainsi la cavité utérine du sang qu'elle contenait, puis j'ai tamponné le vagin avec de la gaze iodoformée.

L'hémorragie ne s'est pas reproduite et aucun accident n'est survenu.

Dans le courant du mois de décembre, la grossesse s'est terminée avant terme par l'expulsion d'un fœtus bien conformé qui ne vécut que quelques jours.

A la suite de cette observation, Ozenne cite 2 cas d'extirpation de polypes dans des circonstances aussi favorables. Mais cette observation est intéressante parce qu'elle montre l'extrême tolérance de l'utérus gravide envers certaines interventions ou certains traumatismes.

OBSERVATION XXI

FRAIPONT (*Ann. de la Société méd. chir. de Liège*, janv. 1896).

Femme enceinte de 4 mois chez laquelle existait dans la lèvre postérieure du col, une tumeur du volume du poing.

L'auteur craignant que ce fibrome, augmentant pendant le cours de la grossesse, ne devînt une cause de distocie, se décide à intervenir.

Il fait au thermocautère une incision transversale de 6 à 7 centimètres sur la partie la plus saillante de la tumeur et à 4 ou 5 centimètres de profondeur, tombe sur une tumeur blanc-nacré qu'il énuclée.

La tumeur mesurait 11 centimètres sur 9. Drainage de la cavité, lavements au laudanum, guérison.

Accouchement régulier cinq mois plus tard.

OBSERVATION XXII

MAYO ROBSON (*Brit. Med. Journ.*, 9 nov. 1889, p. 1034).

L'auteur a enlevé au septième mois un corps fibreux du col ayant le volume d'une noix de coco. L'opération, quoique faite au thermocautère, fut suivie d'une abondante hémorragie.

Malgré cela il n'y eut aucune autre complication. La grossesse continua et l'accouchement se fit à terme.

OBSERVATION XXIII

FELSENREICH (*Wien. med. Woch.*, 1887, n° 52, p. 1693), cite le cas d'une femme enceinte atteinte d'un fibrome du col, aros comme un citron environ. Il l'enleva et le cours de la grossesse n'en fut aucunement troublé.

OBSERVATION XXIV

M. G. TOMSON (*Journal a Konchorstva i jenskiet bolezveï*, 1897. 3).

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune femme de 25 ans, venue le consulter pour une tumeur abdominale qui augmentait rapidement de volume.

A l'examen, il trouva une tumeur mobile, ferme, rattachée par un large pédicule au fond de l'utérus.

La malade était en même temps enceinte de 2 à 3 mois (5^e grossesse).

On pratique la laparotomie, on lie le pédicule et on enlève la tumeur. Suture de la plaie utérine et de la paroi abdominale avec du catgut et du crin de florence.

La grossesse continua à évoluer et l'opérée accoucha à terme. (Le fœtus a succombé pendant le travail, par procidence du cordon).

OBSERVATION XXV

SOLOVIEFF (*Vratch.*, 1899, p. 202 et p. 382).

Solovieff, dans une communication à la Société d'accouchements et de gynécologie de Moscou, cite un cas d'hysté-

rotomie faite au moment de l'accouchement après une fibromyomotomie faite au cours de la grossesse.⁴

La malade, femme de 26 ans, a été opérée au sixième mois de sa sixième grossesse pour un fibrome gros comme le poing. L'accouchement eut lieu à terme avec présentation du sommet. une hémorragie passagère se produisit pendant la dilatation et cette dernière étant presque complète, l'accouchement fut terminé au forceps appliqué au détroit inférieur.

L'intervention a été motivée par la crainte de voir la cicatrice utérine céder si le travail se prolongeait.

Or à la Société de gynécologie de Moscou, dans la discussion qui suivit l'exposé de l'observation qu'on vient de lire, on fait observer que plusieurs examens histologiques ont été faits après l'énucléation d'un fibrome.

Les cicatrices étaient non seulement très solides, mais à peu près introuvables même au microscope.

OBSERVATION XXVI

(Inédite) de M. le professeur agrégé CONDAMIN.

Marie R... entre à la Charité dans le service de M. le professeur Laroyenne, le 27 mars 1900.

La malade est âgée de 33 ans. Elle a fait il y a huit ans une fausse couche de deux mois.

Premières règles à 16 ans; règles régulières, tous les mois, mais durant huit jours chaque fois. Pas de douleurs menstruelles.

Il y a deux mois et demi que la malade n'a pas vu ses règles. Elle se plaint en outre de douleurs dans le ventre, principalement dans le côté gauche et dans les reins.

Constipation habituelle. Pas de pertes blanches. Pas de troubles du côté du rectum et de la vessie.

Actuellement on constate que l'abdomen est gros. On sent une grosse masse sur la ligne médiane. L'épaisseur du pannicule adipeux ne permet pas de sentir d'autres détails au palper.

Au toucher le col est mou. Le cul-de-sac gauche est douloureux. L'utérus est volumineux et l'on sent une grosse masse en arrière qui lui est adhérente et qui en épouse les mouvements.

Etant donné l'état pigmenté des seins et de la vulve et le volume de l'utérus ainsi que l'absence de règles, en diagnostique une grossesse d'environ deux mois et demi, compliquée de fibrome.

Le 9 avril, M. le professeur agrégé Condamin décide l'intervention. Ouverture du cul-de-sac postérieur. On attire une grosse masse fibromateuse sous-péritonéale avec les pinces de Péan. Masse pédiculée sur la face postérieure de l'utérus. Ligature à la soie sur le pédicule et section. On enlève un fibrome de la dimension des deux poings.

Les suites opératoires ont été très simples. La malade est sortie guérie le 30 avril.

Depuis elle a été revue quelques mois après l'intervention.

La grossesse suivait son cours normal.

OBSERVATION XXVII (par M. CONDAMIN).

Françoise M..., 35 ans, entre dans le service de M. le professeur Laroyenne, le 16 décembre 1898.

Mariée à l'âge de 17 ans, elle a eu son premier enfant dix mois après, en 1880. Depuis, elle a eu une fausse couche à 4 mois 1/2.

C'est en pleine santé, il y a 11 mois que la malade fut prise de phénomènes douloureux dans l'abdomen. Elle vient à la clinique de M. le professeur Laroyenne où l'on constate

l'existence d'une tumeur abdominale. Elle n'accepte pas l'intervention.

Mais en septembre 1898 elle commence une grossesse.

Dernières règles le 18 août. La malade se présente de nouveau à la clinique le 15 décembre.

A l'examen de l'abdomen, le flanc latéral gauche est évidemment plus développé que le droit. On y observe une tumeur arrondie, manifestement liquide et du volume d'une tête d'enfant. Elle adhère un peu, à droite de la ligne médiane, à une seconde masse qui est le fond de l'utérus ayant le volume d'une grossesse de 3 mois. L'auscultation des bruits du cœur n'est pas positive, la grossesse étant trop peu avancée. Il existe, d'ailleurs, un certain nombre de signes de grossesse.

L'on pose le diagnostic de kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large gauche, coïncidant avec une grossesse. Le mardi 20 décembre, M. Condamin opère la malade. On tombe sur un kyste ayant dédoublé le ligament large gauche jusqu'à la fosse iliaque correspondante. L'on fait une ligature en deux anses qui prend tous les tissus décollés et l'on pratique la péritonisation du pédicule que l'on abandonne dans l'abdomen. Pas de Mickulicz. Enfin, suture à trois plans de la paroi abdominale.

Les suites opératoires ont été très simples. Le lendemain de l'opération, la malade urinait seule. A aucun moment elle n'a présenté de température. Le 18 janvier elle quittait la clinique sans que sa grossesse ait paru souffrir de l'intervention.

OBSERVATION XXVIII (résumée).

(Inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé CONDAMIN

Mme X..., âgée de 29 ans, multipare, se présente le 10 avril 1888 à la clinique de M. le professeur Laroyenne, avec un utérus augmenté de volume et une suppression de règles depuis 2 mois.

A l'examen on trouve annexée à la corne droite de l'utérus, une tumeur bosselée du volume d'une tête fœtale, intimement fixée à l'utérus, et peu mobile, ce qui faisait présager un développement intra-ligamentaire.

Opération le 12 avril en position de Trandelenburg. On tombe sur un fibrome attenant à la corne utérine droite. Décortication, puis ligature de tout le ligament large droit avec extirpation de l'ovaire correspondant.

L'opération ne présente rien de particulier en dehors des difficultés habituelles de la décortication. Capitonage du ligament large dédoublé et fermeture du tout sans Mickulicz.

Suites simples apyrétiques. Une des premières questions posées par la malade à son réveil fut relative à l'état de sa grossesse. On lui dit qu'on espérait la voir persister. Ce à quoi elle répondit que si elle avait su elle ne se serait pas fait opérer.

Malgré toutes les précautions qu'on lui fit prendre presque de force, elle fit au douzième jour une fausse couche effectuée très rapidement et qui eut peu de suite.

La malade sort guérie.

Nous avons tenu à relater cette observation malgré l'avortement qui suivit l'opération parce qu'il n'est nullement sûr qu'il en fut la conséquence.

A ces observations que nous avons pu réunir il faut joindre une statistique citée par Pozzi (1) et depuis reproduite par plusieurs auteurs. On y retrouvera quelques cas déjà cités mais cette statistique sera surtout intéressante car elle tient compte des cas de mort que nous ne pouvions recueillir, soit parce que cela nous aurait entraîné trop loin, soit parce que les observations n'en ont pas été publiées.

(1) Pozzi, *Traité de gyn.*, p. 386.

Myomectomie sur un utérus gravide

(POZZI, p. 386)

Auteurs	DATE DE L'OPÉRATION ou de la publication	Epoque de la grossesse	ÉTAT ANATOMIQUE	RÉSULTAT
Péan.....	15 déc. 1874. <i>Clin. Chir.</i> t. 1, p. 679.....	5 mois	Tum. fibro-kystique....	Guérison. Avort. le lendemain.
Thornton	<i>Obstet. Trans.</i> , 4 juin 1879.	7 mois	Tum. pédiculée	Mort le 7 ^e jour.
Shröder	16 nov. 1879(cité par Hegar)	16 sem.	Tum. péd. multiples ..	Guérison. Accouchement normal.
Hégar.....	10 janv. 1880. <i>Operative</i> <i>gyn.</i> p. 475.....	3 mois	Tum. péd. ramol. Périt..	Mort le 3 ^e jour.
Studgaard	19 déc. 1882(cité par Hegar)	3 m. 1/2	Tum. péd.....	Guérison. Grossesse non troublée
Frommel	<i>Münch. Med. Woch.</i> , 1882 (N° 52).....	5 mois	Fibrome mou	Guérison. Grossesse continue.
Martin.....	<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1885 (N° 3, p. 39).....	6 mois	Myomectomie avec excision Cunéiforme du fond utérin	Morte le 7 ^e jour. Avortement.
Landau	<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1885 (N° 13, p. 195).....	3 mois	2 Myomes de la grosseur d'une tête d'enfant...	Guérison. Accouchement normal.
Ogden	<i>Canad. Practict.</i> , avril 1885.		Myome intestinal Grossesse non diagnos- tiquée	Guérison. Avortement 12 jours plus tard.
Barnes.....	1885 (cité par Routier. <i>Ann. de gyn.</i> , Mars 1890).	3 mois	Myome pédiculé.....	Mort.
Martin.....	<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1886 (N° 29).....	3 mois	Tum. pédiculée	Guérison. Accouch. normal.
Martin.....	<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1886 (N° 29).....	4 mois	Grosse tum. ant. et une petite post.....	Guérison. Avort. le lendemain.
Martin.....	<i>Berl. Klin. Woch.</i> , 1886 (N° 29).....	3 m. 1/2	Tum. du fond ut. à large pédic.....	Guérison. Accouchement à terme.
Gordon	<i>Boston med. Journ.</i> , oct. 1889.....	3 mois	Fibrome.....	Guérison. Grossesse continue.
Routier.....	<i>Bull. Soc. chir.</i> , nov. 1889.	3 mois	Moyme sous-séreux à large base	Guérison.
Homann.....	<i>Bot. Soc. med. improv. in</i> <i>bull. msd.</i> 30 déc. 1889.	3 mois	Fibrome de 15 livres...	Guérison. Avortement.

Auteurs	DATE DE L'OPÉRATION ou de la publication	Époque de la grossesse	ÉTAT ANATOMIQUE	RÉSULTAT
A. Bergh.....	<i>Hygiea</i> , 1889, bd. 41 (N° 5, p. 292).....	4 mois	2 Tumeurs.....	Guérison. Accouchement normal.
Frommel.....	<i>Verhandl. der deutsch. Geseglsch. f. gynak.</i> , 1894.	6 mois	Myome interst. enlevé par énucl.....	Morte le 3 ^e jour d'hé- morragie.
Flaischlsen....	<i>Centr. f. gynrk.</i> , 1892, p. 185.....	3 mois	Myome péd.....	Guérison. Accouchement à terme.
Rosner.....	<i>Prozeglbad lekarski</i> , 1892 (N° 39).....		Myome interst.....	Guérison.
Strauch.....	<i>St-Pers. Med. Woch.</i> , 1892 (N° 10).....	4 mois	Myome interst.....	Guérison. Grossesse continue.
Frommel.....	<i>Münch., Med. Woch.</i> , 1893 (N° 24).....		Fibrome du lig. largé..	Guérison. Grossesse continue.
Mackenrodt..	<i>Centr. f. gyn.</i> , 1893, p. 211.	3 mois	Fibrome pédiculé.....	Guérison. Grossesse continue.

Ainsi donc sur 24 cas cités par Pozzi ont trouvé :

Morts.....	5
Guérison avec accouchement normal.	14
Guérison avec avortement.....	5
	25

On voit donc les conséquences relativement peu graves qui ont résulté d'une intervention faite dans le but de conserver la grossesse, conséquences incomparablement meilleures que celles dont nous avons parlé au sujet de l'avortement provoqué ou de l'accouchement prématuré.

Et encore sur ces 5 cas de mort, on trouve un cas de péritonite existant déjà qui suffirait seule à expliquer la terminaison fatale en dehors de l'intervention.

Cette statistique dressée par Pozzi s'arrête en 1893. Elle a été reprise en 1900 par Turner (1). L'auteur y

(1) Thèse de Paris, 1900. n° 271,

cite tous les cas qu'il a pu trouver depuis 1890 jusqu'en 1900.

Myomectomie abdominale. — Utérus gravide (1890-1900)

OPÉRATEUR	Date	DESCRIPTIONS, OBSERVATIONS	DATE de la grossesse	RÉSULTAT	
				Maternel	Fœtal
1 Hedenbrugh et Packard	1890	Myome s.-sér. à large base, viv. dou.	3 mois	Guérison....	Acc. à terme.
2 Engström..	—	Gros pédicule	3 mois	Mort	Acc. à terme.
3 Fleischlen..	—	Deux fibromes pédiculés	3 mois	Guérison....	Acc. à terme.
4 Terrier....	1891	Fibrome sous-péritonéal de 3.500 gr.	4 m. 1/2	Guérison....	Acc. à terme.
5 Léopold....	—	Myome interstitiel	6 mois	Guérison....	Acc. à terme.
6 Harden....	—	Myome.....	4 mois	Guérison....	Acc. à terme.
7 Frommel ..	—	Myomes nombreux.....	6 mois	Mort le 6 ^e jour d'hémorrag.	Avortement.
8 Fleischlen..	1892	Myome pédiculé.....	3 m. 1/2	Guérison....	Acc. à terme.
9 Rosthorn ..	—	Fibrome de 4.750 gr.....	3 m. 1/2	Guérison....	Aéc. à terme.
10 Rosthorn ..	—	Tum. sur corne gauche. Péritonite.	3 mois	Guérison....	Acc. à terme.
11 Taylor	—	Fibr. intral. énucléat. 1.850 gr....	4 mois	Guérison....	Avort. 6 ^e 8 ^e j. 2 fœtus.
12 Rosner	—	Myome interstitiel.....		Guérison....	Avortement.
13 Strauch ...	—	Myome interstitiel.....	4 mois	Guérison....	Acc. à terme.
14 Kelly	—	Myome sessile du vol. d'un œuf...	3 mois	Guérison....	Acc. à terme.
15 Price	—	Fibrome comme tête de fœtus....	5 mois	Guérison....	Acc. à terme.
16 Troom	—	Fibrome comme tête de fœtus....	2 m. 1/2	Guérison....	Acc. à terme.
17 —	—	Grosse tumeur pédiculée.....	2 mois	Mort, aortite chronique ..	Acc. à terme.
18 —	—	Grosse tum. pédiculée noix de coco.	5 mois	Guérison....	Acc. à terme.
19 Delbet	—	Fibro. sous-périt. adhérent à la paroi.	4 m. 1/2	Guérison....	Acc. à terme.
20 Kelly	—	Fibrome sessile comme une orange.	4 mois	Guérison....	Acc. à terme.
21 Frommel ..	—	Fibrome intra-lig. tête d'enfant....	4 mois	Guérison....	Acc. à terme.
22 — ..	—	Fibrome pédiculé	4 mois	Guérison....	Acc. à terme.
23 Guinard ..	—	Fibrome comme tête de fœtus....	3 mois	Guérison....	Acc. à terme.
24 Vautrin ...	1893	Fibrome	4 mois	Guérison....	Acc. à terme.
25 Frommel ..	—	Fibrome du lig. large	3 mois	Guérison....	Acc. à terme.

OPÉRATEUR	Date	DESCRIPTIONS, OBSERVATIONS	DATE de la grossesse	RÉSULTAT	
				Maternel	Fœtal
26 Löhlein....	1893	Fibrome kystique dégénéré.....	2 mois	Guérison	Avort. le lendemain.
27 Lundsgaard	—	Tum. pédic. de la gros. des 2 poings	2 mois	Guérison	Acc. à terme.
28 Mackenrodt	—	Fibrome pédiculé.....	2 mois	Guérison	Acc. à terme.
29 Treub.....	—	Fibrome intralig.....	1 m. 1/2	Guérison	Acc. à terme.
30 Beckning..	—	Tum. du vol. des 2 poings. Douleurs.	5 mois	Guérison	Acc. à 5 ^m 1/2.
31 Stavely....	1894	Fibrome		Guérison	Acc. à 5 ^m 1/2.
32 Engström..	—	Fibrome.....	3 m. 1/2	Guérison	Gros. évoluée.
33 Exerke ...	—	Fibrome sessile.....		Guérison	Avort. 4 sem. plus tard.
34 —	—	Fibrome.....		Guérison	Acc. à terme.
35 Murphy ...	1895	Fibrome de 3 kilog.....	3 mois	Guérison	
36 Engström..	—		5 mois	Guérison	Gros. à terme.
37 Cheney....	1896	Fibrome à large pédicule.....		Guérison	Acc. à 7 ^m 1/2.
38 Engström..	—		3 mois	Guérison	Avortement.
39 Wallace...	1897	Fibrome calcifié, 2 fibr. sous-séreux.	2 mois	Guérison	
40 Engström..	—	Masse nodulaire	5 mois	Guérison	Gros. évoluée.
41 Smith.....	1898	Enlèvement de 10 fibro. sous-séreux.	2 m. 1/2	Guérison	Gros. continue.
42 Downes ...	—	Fibrome vol. d'une orange.....	2 m. 1/2	Guérison	Avortement.
43 O'Shea....	1899	Tumeur tête de fœtus	5 mois	Guérison	Acc. à terme.
44 Delagenière	—	Gêne circulatoire.....	2 m. 1/2	Mort	

Cette dernière statistique de Turner est plus importante encore à examiner que celle de Pozzi car elle est plus récente. Or, les résultats sont évidemment meilleurs. Sans doute Turner a repris nécessairement quelques observations déjà citées par Pozzi de 1890 à 1893 ; mais au total on trouve sur 44 cas :

Morts.....	4
Guérison avec accouchement normal.	33
Guérison avec avortement.....	7
	44

Ces excellents résultats sont dus très probablement aux perfectionnements des procédés opératoires survenus dans ces dernières années. Parmi les cas de morts on peut incriminer la péritonite, l'hémorragie. Dans un cas même il est légitime de supposer que l'état des reins a été pour beaucoup dans la terminaison ultime.

Quoi qu'il en soit, outre les cas que nous avons cités, on peut voir d'après ces statistiques la bénignité relative d'une intervention pendant la grossesse pour la mère et pour l'enfant, dans les cas de fibro-myomes utérins. Si l'on fait le pourcentage on trouve un peu plus de 8 % de cas de mort et environ 15 % d'avortements avec guérison de la mère. Les dangers d'une intervention durant la grossesse se trouvent donc ramenés à ceux de toute opération quelque peu délicate, et les résultats sont en somme satisfaisants si l'on songe aux dangers que l'intervention a évités à la mère dans le cas où le chirurgien serait resté dans une expectative dangereuse ainsi que nous l'avons montré plus haut. Et, certainement, bien des cas n'ont pas été publiés où une intervention sur l'utérus n'a pas troublé une grossesse ignorée. Toutefois, il faut se garder de trop généraliser ces faits, et il est toujours nécessaire de bien considérer chaque cas en particulier. Nous envisagerons plus loin quelle sera la conduite à suivre selon les cas et quelles sont les conclusions qu'on peut en tirer.

CHAPITRE III

Interventions dans les cas de cancer avec grossesse

La discussion d'une intervention durant le cours d'une grossesse compliquée de cancer avec conservation de la gestation est beaucoup plus délicate. Comme le fait remarquer Bar (1) beaucoup plus que dans les cas de fibromes, la marche de la tumeur maligne est activée par l'apparition de la grossesse. Et de plus ici le danger est bien plus grand pour la mère. La conduite du chirurgien est extrêmement délicate. Attendre c'est exposer la mère à tous les dangers d'une tumeur maligne dont l'accroissement est exaspéré par la présence de la grossesse; c'est aussi bien souvent com-

(1) Bar. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

promettre fortement la vie de l'enfant car la marche de la grossesse est souvent activée par la tumeur du col. Sur cent trente-un cas Hermann, cité par Bar (1), mentionne vingt-huit avortements, trente-quatre accouchements prématurés et vingt-trois fois seulement l'accouchement se fit à terme. Dans les autres cas la terminaison de la grossesse n'est pas indiquée. Attendre pour sauver l'enfant, ce serait donc faire courir à la mère des risques graves sans grandes chances d'amener l'enfant à terme. L'enfant d'ailleurs meurt souvent dans l'utérus, pendant qu'on attend le moment propice pour l'opération césarienne.

D'un autre côté l'intervention chirurgicale, en dehors des dangers immédiats auxquels l'enfant et la mère sont exposés, ne soustrait aucunement cette dernière aux chances de récurrence de la tumeur si l'on se borne à une opération partielle, palliative. De plus avoir recours à l'hystérectomie totale c'est sacrifier fatalement l'enfant. Aussi la conduite à suivre est difficile à établir car les avis sont très partagés, en raison même des accidents qui accompagnent chaque méthode.

Il est certain que dans les cas de cancer total du corps utérin toute intervention partielle tentée dans le but de conserver la grossesse sera inutile. En dehors de quelques cas exceptionnels où il vaut mieux attendre, l'hystérectomie totale sera la seule intervention à laquelle il faille avoir recours.

Mais dans les cas de cancer du col ne peut-on enlever

(1) Bar. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

la partie atteinte sans interrompre le cours de la grossesse?

Theilhaber (1) a relevé tous les cas de cancers de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement qu'il a trouvés dans la littérature médicale depuis 1873 (époque à laquelle parut le travail statistique important de Cohnstein sur le même sujet (2) jusqu'en 1893. Il les a rassemblés dans un tableau synoptique au nombre de cent soixante-cinq, divisés suivant les diverses méthodes employées. Parmi ces méthodes l'amputation intra-vaginale et sus vaginale du col étant les seules qui laissent intacte la grossesse, seront les seules à nous arrêter.

Voici les résultats donnés par ces diverses interventions. Ils sont cités par Theilhaber (*loco citato*).

OBSERVATION XXIX

De SAVARY (cité par Theilhaber).

Amputation intra-vaginale du col pour épithéliome au début. Pas de récurrence et accouchement spontané à terme.

OBSERVATION XXX

GODSON (cité par Theilhaber) rapporte une intervention pour tumeur de même nature faite avec l'écraseur au 7^e mois de la grossesse. La malade accoucha au 9^e mois d'un enfant vivant.

(1) Theilhaber. *Arch. f. gyn.* bd. 47, fff 1.

(2) Cohnstein. *Arch. f. gyn.* bd. 5 fff 2.

OBSERVATION XXXI

FELSENREICH (*id.*) fit une amputation intra-vaginale du col pour tumeur maligne au 4^e mois de la grossesse. L'accouchement eut lieu à terme. L'enfant vécut mais la mère mourut 19 jours après.

OBSERVATION XXXII

HELBIH (*id.*) fit avec un égal succès une amputation de la lèvre postérieure du col au 5^e mois de la grossesse. La grossesse continua à évoluer.

OBSERVATION XXXIII

SCHRÖDER (*id.*) fait l'amputation intra-vaginale du col au 6^e mois. L'opération réussit très bien et l'accouchement se fit plus tard spontanément.

OBSERVATION XXXIV

MOHR, dans une circonstance analogue, fait l'excision cunéiforme de la partie atteinte du col. L'accouchement se fit plus tard spontanément. L'enfant vit et la mère est saine.

OBSERVATION XXXV

GALABIN (*id.*) tente d'enlever la partie atteinte à l'aide de l'anse galvano-caustique. Il n'eut aucune menace d'avortement et la malade accoucha très bien à terme d'un enfant vivant.

OBSERVATION XXXVI

MUNDE (*id.*) à l'exemple de Galabin enlève le col en entier avec l'anse galvano-caustique. Il eut un égal succès et l'accouchement se fit plus tard spontanément.

On voit donc que les opérateurs ont pu amputer le col utérin en totalité ou en partie sans pour cela interrompre la grossesse.

Mais à la suite de ces huit faits favorables à l'intervention, Theilhaber cite neuf cas où l'amputation du col a été suivie d'avortement.

Voici brièvement les résultats :

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1 Benicke | Avortement. |
| 2 Helbig | Avortement. |
| 3 Bidder..... | Avortement. — Récidive. |
| 4 Olbrich..... | Avortement. |
| 5 Ruttlegde | Avortement. |
| 6 Ruttlegde..... | Avortement. |
| 7 Welponer..... | Avortement. — Mort. |
| 8 Godson | Avortement. |
| 9 Bar..... | Avortement. — Mort. |

Comme on le voit ces résultats ne sont guère encourageants. Mais si avec Theilhaber on passe en revue les divers autres procédés qu'on peut employer dans des cas de cancer utérin on s'aperçoit bien vite que pour aucun d'eux les résultats ne sont guère meilleurs.

D'après Theilhaber, l'amputation sus-vaginale n'a donné le plus souvent que des avortements sans éviter la récurrence.

L'auteur passe ensuite longuement en revue les divers procédés usités dans les cancers de l'utérus. Ceci sort du sujet que nous nous sommes proposés; mais si nous ne le suivons pas dans cette voie, nous voyons du moins que l'amputation intra-vaginale pendant la grossesse a une gravité relativement faible, puisque nous ne relevons que trois cas de mort et que la grossesse elle-même a continué son cours dans près la moitié des cas. Il est vrai, que nous n'avons parlé que de l'intervention la plus bénigne, qui cause le traumatisme chirurgical le moins considérable et par conséquent la plus favorable à la continuation de la grossesse. Mais malgré les statistiques les plus défavorables, il n'en reste pas moins vrai que dans une affection aussi rebelle à tous les traitements que le cancer, on peut parfois sauver à la fois la mère et l'enfant. Et dans un cas aussi désespéré que le cancer, permettre à une grossesse d'évoluer quand même, est déjà un assez joli succès pour qu'on tente de l'obtenir. Cette tentative ne sera pas toujours possible il est vrai, mais dans les cas où on pourra la faire, elle sera toujours légitime.

CHAPITRE IV

Divers cas de fibromes ou de cancers où l'intervention est possible sans interrompre la grossesse.

De tout ce que nous venons de dire, il faut bien se garder de conclure que l'on puisse opérer sur un utérus en état de grossesse aussi facilement que si celui-ci était en état de vacuité. Une telle conclusion est loin de notre pensée et c'est surtout ici qu'il importe de bien considérer les cas particuliers. On vient de voir qu'on pouvait enlever des tumeurs bénignes utérines sans interrompre la grossesse, mais encore faut-il bien remarquer à quel genre de tumeur on a affaire et quels rapports celle-ci affecte avec l'utérus. Nous avons vu qu'on pouvait même exciser des segments cunéiformes de la masse utérine sans occasionner pour cela un avortement, mais il ne faut pas généraliser cette règle. En dehors

des cas dont nous avons parlé au début de ce travail où l'intervention n'est pas possible parce que la tumeur est trop généralisée pour qu'on puisse songer à une excision partielle palliative, il faut bien s'assurer, avant de décider une intervention, de la position de la tumeur; bien que cela s'écarte un peu de notre sujet, il est nécessaire que nous envisagions les divers cas afin de pouvoir bien préciser la conduite à suivre et bien séparer les circonstances où il sera possible d'opérer sans interrompre la grossesse, de celles où il vaut mieux s'abstenir ou avoir recours à une opération radicale.

Divers auteurs ont étudié la question. Lefaye (1) estime que seuls les polypes de faible volume se laissent facilement enlever et d'ordinaire, la grossesse n'est pas interrompue. Quant aux myomes du corps les dangers d'avortement sont tels, qu'il vaut mieux s'abstenir. Bar (2), dans la discussion de l'intervention fait intervenir un facteur nouveau, celui de l'âge de la grossesse. Dans les premiers mois, dit-il, quand l'utérus sera peu volumineux, facile à mouvoir, à sortir dehors par la plaie abdominale, l'énucléation du fibrome intraligamentaire sera facile. L'opération est en général peu grave. Mais, si l'utérus a acquis un certain volume à partir du sixième et du septième mois, l'opération sera beaucoup plus difficile, plus compliquée, partant plus grave pour la mère à laquelle elle fera courir plus de risques d'infection et aussi pour le fœtus qui sera plus

(1) Lefaye. Thèse de Paris, 1895. — N° 243.

(2) Bar. *Loco citato*.

exposé à l'avortement par suite des manipulations prolongées et des traumatismes de l'utérus gravide.

Ces diverses opinions sont évidemment sages, mais pèchent peut-être par excès de prudence. Avec Vautrin (1) qui tient la myomectomie comme une opération donnant d'excellents résultats au cours de la gestation, Pujol (2), Schröder et Martin (3), nous croyons qu'on doit essayer d'extirper même des fibromes interstitiels à la condition qu'ils soient bien délimités. D'ailleurs, l'énucléation est singulièrement facilitée par le ramollissement que subit le tissu utérin pendant la grossesse. Ce ramollissement rend, de plus, accessibles certaines zones du segment inférieur.

Nous n'insisterons pas sur les ablations faciles et inoffensives des polypes simples implantés sur le col. Les auteurs ne mentionnent même pas son extirpation pendant la grossesse, et les suites en sont toujours très simples.

Lorsqu'on a recours à la myomectomie abdominale les chances d'avortement varient suivant les circonstances.

Si la tumeur est pédiculée au fond de l'utérus et peut facilement se séparer de lui, l'extirpation après ligature du pédicule ne présente aucune difficulté. L'opération est en général peu grave et bien mieux supportée qu'on ne le croit d'ordinaire. C'est un certain nombre de ces cas dont nous avons cité plus haut les observations.

(1) Vautrin. Congrès de chirurgie, 1893.

(2) Puyol. Thèse de Montpellier, 1896.

(3) Martin. *Berl. Klin. Wach.*, 1886. — N° 29.

L'opération est d'autant moins grave que l'hémorragie est en général peu considérable et le traumatisme utérin lui-même plus faible.

Si la tumeur est sessile ou largement implantée, l'opération est plus délicate. Elle comporte des manipulations longues, des ligatures, des sutures compliquées et minutieuses. Les chances d'avortement sont d'autant plus grandes que l'intervention est plus longue et plus compliquée. L'opérateur court le risque de blesser l'œuf. Cependant malgré les dangers considérables de l'opération, si celle-ci est faite avec certaines précautions et une grande délicatesse, les résultats sont moins graves qu'on pourrait le croire. Nous avons cité plus haut diverses observations où l'intervention a été suivie de succès, et certainement le nombre de ces succès augmentera à mesure que se perfectionnera la technique opératoire. Si parfois il en résulte un avortement, dans combien d'autres cas, la vie de l'enfant a été conservée alors que si on avait eu recours à une hystérectomie, on aurait supprimé, non seulement la grossesse actuelle, mais encore toute chance d'une grossesse nouvelle. Personne ne niera que dans ces cas l'opération conservatrice ne soit de beaucoup préférable, et il est du devoir du chirurgien de la tenter.

Dans le cas où la tumeur est incluse dans le ligament large, intervient un nouveau facteur dont nous avons parlé plus haut, celui de l'âge de la grossesse. Dans les premiers mois, quand l'utérus sera peu volumineux, facile à mouvoir, à attirer au dehors par la plaie abdominale, l'énucléation d'un fibrome intra-ligamentaire sera possible et souvent facile. L'opération, à condition

qu'elle soit faite avec certaines précautions, est simple et, par suite, peu grave. Mais si l'utérus a acquis un certain volume à partir du sixième au septième mois, l'opération sera beaucoup plus difficile, plus compliquée, partant plus grave pour la mère à laquelle elle fera courir plus de risques d'infection et aussi pour le fœtus qui sera plus exposé à l'avortement par suite des manipulations prolongées et des traumatismes sur l'utérus gravide.

On voit donc que dans ce dernier cas de tumeur incluse dans le ligament large, il faut opérer mais opérer de bonne heure. Si après le sixième mois de la grossesse les chances de l'infection ou d'avortement, ainsi que d'un autre côté les difficultés opératoires, sont assez considérables pour faire hésiter le chirurgien à opérer, ces risques opératoires sont considérablement diminués si on fait l'intervention avant le sixième mois. Nous croyons avoir suffisamment démontré la bénignité d'une intervention à cette époque.

Quant aux interventions pour cancer, bien que les résultats des diverses statistiques ne soient pas absolument probants, et que les auteurs n'aient pu s'entendre pour fixer une conduite à suivre, nous croyons que dans un certain nombre de cas, le chirurgien sera autorisé à intervenir dans le but de conserver la grossesse. Sans doute il y a là de grandes chances d'avortement, de récurrence, parfois même de mort, mais comme nous l'avons dit plus haut, la situation est assez grave pour la mère et l'enfant pour que l'on puisse tenter au moins de sauver ce dernier en se bornant à une opération palliative chez la mère. Cela s'applique seulement aux

cas où le fœtus n'est pas encore viable, c'est-à-dire, avant le septième mois. Après cette date on pourra recourir aux diverses interventions usitées en pareil cas, destinées à sauver la mère et l'enfant.

CONCLUSIONS

I. L'accroissement rapide des tumeurs utérines sous l'influence de la grossesse, oblige dans bien des cas le chirurgien à intervenir pendant la grossesse.

II. Les diverses interventions anciennement proposées sont dangereuses pour la mère et très souvent mortelles pour l'enfant.

III. Or, dans bien des cas, où autrefois on n'osait pas intervenir, l'opération est possible sans interrompre la grossesse.

IV. Cette intervention pendant la grossesse présente peu de dangers dans la plupart des cas et le cours de la gestation n'est pas interrompu.

V. L'intervention est indiquée :

A. Surtout dans les cas de polypes, de tumeurs pédiculées de l'utérus et pour un certain nombre de tumeurs sessiles ou largement implantées.

B. Dans certains cas de cancer du col où l'expectative serait trop dangereuse pour la mère et l'enfant.

VU :

Le Président de la Thèse,

LAROYENNE.

VU :

Le Doyen de la Faculté,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 décembre 1900.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGELINI. — Bologne, 1889, 6^e Congrès de la Soc. ital. de chirurgie.
- AUVARD. — Traité de gynécologie.
- BAR. — Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- BARBULÉE. — Thèse de Paris, 1884.
- BERGH. — Hygiea bd LI, n^o 5, p. 292.
- BOIFFIN. — Tumeurs fibreuses de l'utérus.
- BOSCHE. — Thèse de Paris, 1897.
- BOVÉE. — Americ., journ. of. obstetric, fév. 1900.
- CAZIN. — Archiv. de tocol., III, p. 321.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouchements.
- COHNSTEIN. — Arch. f. Gyn. bd. fff 2.
- COURTY. — Traité pratique des mal. de l'ut. et de ses annexes.
- DELAGÉNIÈRE. — Arch. prov. de chirurgie, 1894, nov.
- DEPAUL. — Ann. de gyn.
- DSIRNE. — Semaine médic., 1892, p. 500.
- EXERKE. — Deutsche med. Woch., 17 juillet 1900.
- EXERKE. — Centralblatt. f. Gyn., 1894, n^o 24.
- FELSENREICH. — Wien méd. Woch., 1887, p. 1693.
- FRAIPONT. — Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège, janv. 1896.
- FROMMEL. — Münch, med. Woch., 4 avril.
- GUINARD. — Congrès de chirurgie, Ann. de gyn., n^o 39, p. 491.
- GUSSEROW. — Deutsche Chirurgie.

Hegar. — Operative Gynäkologie.

HEGAR et KALTENBACH. — Trad. de la 2^e édition.

HERNANDEZ. — Ann. de gyn. et d'obs., t. II, p. 187.

HOFFMEIER. — 16^e Congrès de chir. all., avril.

HUREL. — Thèse de Lyon, 1889.

KIEFFER. — Session du 22 au 24 avril 1897 de la Soc. obstétric. de France.

LABADIE-LAGRAVE et LEGNEU. — Traité de gynécologie.

LANDAU. — Berlin Klin. Woch., 1885, n^o 13, p. 195,

LEFAYE. — Thèse de Paris, 1895, n^o 243.

LEFOUR. — Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, 12 juillet 1892.

MAYO ROBSON. — Brit. med. journ., 9 nov. 1889, p. 1034.

MARTIN. — Berlin klin. Woch., 1886, n^o 29.

MONOD. — Société de chirurgie, 1888.

OZENNE. — Bulletin médical, p. 594.

POZZI. — Traité de gyn., p. 386.

PUJOL. — Thèse de Montpellier, 1896, n^o 72.

ROUTIER. — Congrès de chirurgie.

ROUTIER. — Soc. chir. nov.

RICHARDSON. — Bost. Soc. for médical improvement, 1889.

ROSTHORN. — Soc. des med. all. de Prague, 1892.

SALADIN. — Thèse de Nancy, 1889, n^o 291.

SCHRÖDER. — Mal. des organ. génit. de la femme, p. 434.

SPENCER WELLS. — London diseases of ovaries.

SNEGUIREFF. — Ann. de gyn., mai 1895, p. 366.

SOLOVIEFF. — Wratch, 1899, p. 202 et p. 282.

STUDSGAARD. — Hospital Tidende, n^o 14.

THAMIN. — Wiener klin. Wochenschrift, n^o 41, p. 1896.

THEILHABER. — Arch. f. gyn., bd. 5, ff. 2.

TOMSON. — Journa Kouchorstva i jenskiet bolzveï, 1897, f. 3.

TREUB. — Archiv. de tocol., n^o 22, p. 806.

TURNER. — Thèse de Paris, 1900, n^o 271.

VAUTRIN. — Thèse d'agrégation, n^o 13.

Imprimerie MOUGIN-RUSAND. — WALTENER et C^{ie}, successeurs
3, rue Stella — Lyon
